



Memoire

Sur une nouvelle méthode
de faire l'opération de la cataracte
par

M. Auguste Gottlieb Richter

Docteur en Médecine et en Chirurgie,
Professeur Royal dans l'Académie de
Göttingue,

De la société Royale des sciences
de cette même ville,
et membre de l'Académie Royale de Suède.



Quoique l'opération de la Cataracte
ait acquis un grand degré de perfection, par les
travaux et la dextérité des Chirurgiens modernes;
elle ne laisse pas, cependant, que d'avoir encore ses
difficultés et ses inconvéniens. On ne voit, en effet,
que trop souvent, des personnes, à qui on a fait cette
opération, perdre une seconde fois la vue, selon la
dernière méthode que l'on a proposée, perdre une
seconde fois la vue, quoique d'abord l'opération ait
promis le succès le plus favorable. Ce seroit à tort
qu'on feroit retomber ce défaut de réussite sur la
maladresse du Chirurgien; souvent ceux qui ont
opéré avec le plus de dextérité, ne sont pas plus
heureux. C'est ce qui a fait ^{dire} que les secours, qu'on
peut retirer de cette méthode publiée par Monsieur
Daniel, et reçue avec tant d'applaudissemens, sont
incertains, que ses avantages ne sont que momentanés,
et que, par conséquent, elle n'a aucun mérite sur celle
qu'on pratiquoit avant lui, qui consiste à abattre
la cataracte, puisqu'après l'une et l'autre, la perte

Cote onze pages

A. Durand

ARC 24

d. 92

De la vue est encore à craindre. Ma pratique m'a convaincu que ces reproches étoient fondés. J'ai pratiqué très souvent cette opération qui, quelquefois a été couronnée du succès; j'ai même tâché de lui donner quelque perfection dans un traité sur la Cataracte qui a paru à Gottingue en 1770: mais malgré mes soins et mon application, j'ai souvent eu la douleur de voir des personnes qui paroissent avoir entièrement recouvré la vue, la perdre insensiblement une seconde fois, peu de tems, quelque plusieurs mois après l'opération, nonobstant les précautions les mieux indiquées pour la conserver. Quoique la cause de cette fâcheuse récurrence ne soit pas apparente; mes recherches m'ont appris qu'il y en a deux principales. Pour mieux les faire connoître, il est à propos d'entrer dans quelques détails sur la maladie pour laquelle on fait cette opération.

Tout le monde sait par expérience que des causes tant externes qu'internes peuvent donner lieu à la cataracte. Dans le premier cas la maladie est locale, et le reste du corps est dans un état sain; dans le second, elle n'est que le symptôme et l'effet d'un vice qui infecte toute la machine. Ceux qui ont le sang infecté d'un vice scorbutique, ou vérolé, les gouteux, les cacochymes même sont sujets à la cataracte. Il est à croire que, dans ces maladies, il se dépose dans l'œil une humeur morbifique, capable de dissoudre ou de durcir le cristallin. Le pronostic n'est pas également favorable dans les deux espèces de cataracte que nous venons de distinguer. C'est ce qui a fait recommander avec beaucoup de raison au Chirurgien qui a à cœur sa réputation, de s'informer exactement, avant l'opération, de ce qui a donné lieu à la maladie, et de s'assurer de son caractère. La cataracte qui vient de cause externe, est la moins dangereuse: on a, en effet, beaucoup à espérer

que l'opération réussira, sans qu'il y ait à craindre de grands inconvéniens, et que la maladie ne recidivra pas, puisqu'on détruit, pour ainsi dire, avec elle, la cause locale qui l'a voit produite. On ne peut pas porter un pronostic aussi avantageux de la cataracte, qui reconnoit pour cause un vice répandu dans le sang. Il y aura toujours à craindre qu'il n'ait attaqué d'autres parties de l'œil, que celles sur lesquelles on opere, que cette affection ne soit pas susceptible de guérison, et, qu'après l'opération, il ne survienne les accidens les plus fâcheux.

Enfin, c'est icy le cas, surtout, de ne pas trop se fier sur le recouvrement présent de la vue: le vice, qui l'a voit fait perdre, reside encore dans le sang après l'opération, et, il n'arrive que trop souvent, qu'il se reporte sur l'organe qu'il avoit affecté, que l'opération a encore affoibli, et qu'il ne le prive, une seconde fois, de ses fonctions. C'est alors que le Chirurgien doit se comporter avec prudence et circonspection: il faut qu'avant l'opération, il combatte le vice, qu'il le déracine; s'il est rebelle, il fera ses efforts, pour en adoucir l'acrimonie; si, enfin, il ne peut faire ni l'un ni l'autre, il s'abstiendra de pratiquer l'opération. En supposant, cependant, que le malade veuille absolument la subir, le Chirurgien ne l'entreprendroit pas, sans s'être mis auparavant à couvert de tous reproches par un pronostic douteux. Après l'opération, il doit apporter tous ses soins pour en assurer la réussite; il doit travailler à empêcher l'humeur morbifique de faire une seconde métastase sur cette partie: les différens vices indiqueroient différens moyens: mais celui qu'on ne doit pas négliger, dans le presque tous les cas, c'est d'établir un cautère. Voilà pour ce qui regarde la seconde espèce de cataracte.

J'ai dit cy-dessus, que la première vient d'un vice local, et mon expérience m'a convaincu que le pronostic en est plus favorable. Il ne faut pas



cependant croire qu'après l'extraction du cristallin, même dans ce cas, rende toujours certaine la réussite de l'opération. Ce seroit être dans l'erreur; car, il arrive quelquefois qu'on perd la vue de nouveau, sans cause bien manifeste. Cette perte secondaire de la vue, qui arrive plutôt ou plutôt tard après l'extraction de la cataracte de l'une et l'autre espèce, vient de l'opacité de la capsule du cristallin, qui contracte souvent des adhérences avec l'iris, et ferme la prunelle. Ne prévient-on pas sûrement et efficacement cette récidive en faisant l'extraction du cristallin avec sa capsule, puisque c'est celle-ci qui devient la cause de la perte de la vue? Pour moi, je pense que c'est une mauvaise méthode, de retirer le cristallin de sa capsule, et qu'il est toujours à craindre que par la succession des tems, elle ne s'obscurisse. N'est-il pas croyable, en effet, que, le cristallin venant à se liquéfier, ou à se durcir par une cause quelconque, sa capsule participe du vice dont il est affecté; et que, quoiqu'au moment de l'opération, elle paroisse bien saine, ce vice se développe peu à peu, fait des progrès, et cause insensiblement la perte de l'œil? Oui, sans doute: il ne peut gueres se faire que le cristallin soit que sa soit attaqué d'une telle maladie, sans que sa capsule y participe. Il n'est gueres plus probable, qu'après qu'on aura eu coupé, déchiré, mutilé cette capsule, pour en tirer le corps qu'elle contenoit, elle puisse subsister après l'opération, sans éprouver aucune altération. Ce sont ces considérations qui m'ont porté à croire que l'ancienne méthode de faire cette opération, dans laquelle, comme je le démontrerai tout à l'heure, on abaisse la cataracte avec sa capsule, a des avantages réels et considérables sur celle qui recommande simplement l'extraction du cristallin, en laissant la capsule en sa place. L'amour de la nouveauté a cependant fait abandonner, presque généralement, la première, pour ne plus se servir que de celle-ci. Une longue expérience m'a appris, que la perte secondaire de la vue arrivoit plus fréquemment à ceux à qui

on avoit fait cette opération suivant la nouvelle méthode, qu'à ceux qui avoient été opérés selon l'ancienne. Les dangers de la récurrence ne sont pas les mêmes non plus. Il est évident que celle qui arrive après la dépression de la cataracte, et qui est causée par le cristallin, qui remonte avec sa capsule dans la place qu'il occupoit précédemment, peut être opérée, et facilement abattue de nouveau; et que, par conséquent, elle est ~~beaucoup~~ ^{moins} redoutable que l'autre qui succède à l'opération l'extraction du cristallin, puisque, dans ce cas-cy, la capsule devient opaque, qu'elle contracte de fortes adhérences avec les parties voisines, surtout avec l'iris, et que fermant la prunelle, on ne peut parvenir à elle pour la déplacer.

Ce que je viens de dire, prouve d'une manière assez évidente, que les méthodes proposées jusqu'à ce jour pour l'opération de la cataracte, sont defectueuses et insuffisantes; et que c'est lui donner un degré de perfection qu'elle n'avoit pas, que de prescrire, dans tous les cas, l'extraction du cristallin avec sa capsule.

La méthode, que je propose, n'a pas seulement l'avantage de prévenir la récurrence de la perte de la vue, elle en a encore d'autres non moins importants, que voici: les signes, que les auteurs nous donnent de la cataracte membraneuse, surtout de celle de la chambre postérieure, sont fort incertains et bien peu caractéristiques, et il est très difficile de s'assurer avant l'opération, de l'existence de cette cataracte, et il est souvent presque difficile, lorsqu'on l'a reconnue, d'y remédier; car l'expérience n'a pas encore confirmé l'efficacité des remèdes que différents auteurs recommandent contre cette maladie. On éviera à toutes ces difficultés, en extrayant toujours la capsule avec le cristallin; car, par ce moyen, on emporte la cataracte membraneuse, si elle existe, quand bien même on ne s'en seroit pas aperçu: ainsi, dans tous ces cas, on est toujours sûr du succès de l'opération.



Voici un troisième avantage de ma méthode. Tous ceux qui ont fait l'opération de la cataracte, savent qu'après l'extraction du cristallin, il reste assez souvent dans sa capsule, quelque chose d'opaque, qu'on ne retire pas toujours avec une égale facilité par le moyen d'une petite curette, qui a encore l'inconvénient de mutiler l'œil, si on ne sait pas s'en servir avec beaucoup d'adresse. C'est surtout, dans les cataractes laiteuses et liquides, qu'il reste un corps opaque ^{qui est} muqueux, de couleur blanche ou livide; d'autrefois c'est une parcelle du cristallin même. On en pourra aisément faire l'extraction, s'il est resté au milieu de la capsule, et si on a assez dilaté ^{dilatée} sa ~~membrane~~ déchirée sa membrane extérieure par le moyen de l'instrument de Monsieur La faye, ou de quelque autre semblable, afin de permettre à la curette une entrée libre dans la capsule, pour la charger du corps qui y restoit, et l'extraire. Mais on ne reconnoît pas toujours aussi facilement la présence de ce corps opaque, quelquefois il reste sous le rebord de la capsule, et quelque attention qu'on apporte, on ne le découvre pas: mais au bout de quelques jours, de quelques semaines, et même de quelques mois, il retombe au milieu de la capsule, et trouble la vue, lorsqu'il n'est plus possible de l'extraire. En voici un exemple. Un homme, à qui j'avois fait par ^{par extraction} extraction, l'opération de la cataracte sur les deux yeux, avoit les prunelles très ^{nettes} nettes le moment d'après. Douze jours s'étant écoulés depuis l'opération, je lui laissai la liberté de la vue; il voyoit assez bien dans un lieu un peu obscur, mais, lorsqu'il étoit au grand jour, il ne voyoit presque plus. J'examinai l'œil, et je reconnus qu'il y avoit derrière la prunelle une tache blanche de la grosseur d'une tête d'épingle, qui interceptoit les rayons de lumière, lorsqu'elle étoit très considérable; quand, au contraire, elle étoit moins vive la prunelle se dilatoit davantage, et en laissoit passer une

certaine quantité. Cette tache se dissipa quelque
tems après, et le malade recouvra entièrement
la vue.

D'autres fois il arrive qu'on reconnoit
facilement qu'il est resté quelque chose dans la capsule
sans qu'on puisse l'en extraire; cette difficulté a lieu
surtout, lorsqu'on n'a pas assez dilacéré la membrane
du cristallin. Alors la curette ne peut atteindre au
corps opaque que l'on veut retirer, il est flottant,
vacillant, et se cache derrière la ^{partie} portion de la
membrane qu'on a ménagée. C'est ce qui a fait recom-
mander avec beaucoup de raison de déchirer
toujours cette membrane du cristallin. On prévient
encore les inconvéniens qui naissent d'une portion du
cristallin resté dans sa capsule, en faisant toujours
l'extraction de l'un et l'autre en même tems.

Mais, m'objectera-t-on, il sera toujours
tems, si le malade perd de nouveau la vue, de faire
une incision à la cornée, et d'extraire la capsule,
lorsqu'elle sera devenue opaque: en sorte qu'il n'est pas
toujours nécessaire de faire sur le champ cette
extraction, puisque la capsule ne devient pas opaque
après toutes les opérations, et que, quand elle le devient,
on pourra toujours y remédier facilement. Je réponds à
cela que cette extraction n'est pas aussi facile, qu'on
pourroit se l'imaginer; car il arrive presque toujours
que la capsule contracte des adhérences contre nature
et très fortes avec les parties environnantes, et surtout
avec l'iris; outre cela la prunelle est aussi souvent flétrie,
replissée, de façon qu'on ne peut se faire route vers la
capsule. Je ne parlerai pas de l'obstacle qu'on
rencontrera du côté du malade, qui ayant déjà subi
cette opération infructueusement, ne se soumettra pas
facilement à une nouvelle tentative encore plus
incertaine que la première.

Après avoir réfuté les objections qu'on
pourroit me faire contre la nouvelle méthode que je
proposé; la principale question qui se présente
naturellement à examiner icy, c'est de savoir, si



on peut, sans difficulté et sans inconvénient, faire l'extraction de la capsule du cristallin. Je vais apporter différentes preuves, qui répondront affirmativement à cette proposition. J'ai fait plusieurs fois l'opération de la cataracte par extraction, et j'ai souvent vu contre mon attente le cristallin sorti renfermé dans sa capsule; et cela, sans douleur, sans que le malade éprouve après l'opération, aucun accident fâcheux. Dans un autre cas, après avoir fait l'opération avec les précautions convenables, en comprimant légèrement l'œil, il en sortit un petit sac rond, de la grosseur d'un gros pois, rempli d'une humeur laiteuse; c'étoit la capsule, dans laquelle étoit contenu le cristallin tombé en dissolution. Voilà des cas où la capsule est sortie d'elle-même, et où l'opération a été suivie du plus heureux succès. Il est vrai que, dans un état morbifique, la capsule peut ^{être} ^{qu'} légèrement adhérente aux parties ~~voisines~~ ^{et qu'}, alors on pourra l'en détacher facilement, bien plus elle sortira peut-être d'elle-même; mais il est d'autres cas, où elle peut avoir contracté des adhérences plus fortes, et où elle ne peut être extraite qu'avec plus de difficulté; cependant, les réflexions qui suivent, ne laisseront, j'espère, aucun doute sur la possibilité qu'il y a de la détacher et de l'extraire.

avec lesquelles elle est unie

C'est une erreur commune que de croire, qu'en abattant la cataracte, on ne ^{précipite} déprime que le cristallin et que sa capsule reste en sa place. Pour moi, je pense que dans cette opération on abat toujours l'un et l'autre à la fois: si donc on abat alors la capsule, pourquoi ne l'extraîroit-on pas aussi facilement? Il reste par conséquent, à apporter des preuves du déplacement de la capsule dans l'opération par dépression: les voici. J'ai répété souvent sur des yeux de porc l'opération dans laquelle on abat la cataracte, et à l'ouverture de l'œil, j'ai presque toujours trouvé le cristallin dans sa capsule. La chose ne peut se passer

autrement; car, sans cela, comment pourroit-on rendre raison de la manière dont le cristallin reprend sa place, plusieurs mois, quelquefois plusieurs années, après avoir été abbatu. Si la capsule vidée de l'humeur qu'elle contenoit, restoit en sa place, ne souffriroit-elle pas une compression continuelle, de la part des humeurs aqueuses et vitrées, ses parois ne seroient-elles pas obligées de se rapprocher, de se coller l'un à l'autre; par conséquent, seroit-il possible que le cristallin puisse, au bout d'un certain tems s'y loger de nouveau? Comment pourroit-il se faire aussi que le cristallin, quelque tems après l'opération, remonte, et qu'il tombe par la prunelle dans la chambre antérieure de l'œil? Si la capsule fut restée dans sa place, n'eût-elle pas été un obstacle à son passage à travers la prunelle? Il ne restera plus aucun doute, sur la manière dont se font ces déplacements, lorsqu'on saura qu'on a trouvé quelquefois le cristallin enveloppé de sa capsule, dans la chambre antérieure.

Passons à la manière dont l'aiguille agit sur le cristallin, et à la route qu'on lui fait tenir dans l'œil: j'avertis d'avance que je regarde, comme faux et erroné supposé, tout ce qui a été dit jusqu'ici sur cette matière. Lorsque l'aiguille est entrée dans le globe de l'œil par un point convenable, et qu'elle est parvenue à la partie postérieure de la capsule, on croit communément qu'elle l'ouvre, qu'elle y entre, et que par un mouvement d'élévation on la place sur la partie supérieure du cristallin; qu'ensuite elle comprime le cristallin sur la partie inférieure de la capsule, qui est obligée de soulever pour laisser descendre au fond de l'œil ce corps qu'elle renfermoit. Pour moi, je suis persuadé que, quelque précaution qu'on y apporte, on ne peut faire exercer ces différens mouvemens à l'aiguille, dans un espace aussi petit, que l'est celui qui se trouve entre le cristallin et sa capsule, sans qu'elle



en sorte : je croirois plus volontiers, que l'aiguille n'entre pas dans la capsule, qu'elle nagit que sur sa partie supérieure, et qu'ainsi elle l'abat nécessairement avec le cristallin. Ainsi je regarde comme ridicule l'opinion de ceux qui croient que la capsule du cristallin est d'un tissu trop ferme et trop fort, dans le cas où l'aiguille pressant sur le cristallin sa capsule ne se rompt pas, mais s'allonge par en bas, et remonte avec lui, dès qu'on cesse la pression : c'est ce qu'ils appellent cataracte à report.

En conséquence de ce mauvais raisonnement, ils ont donné un précepte des plus ridicules, qui est de faire avant la ^{pression} ~~pression~~ une ouverture à la partie inférieure et postérieure de la capsule, pour laisser sortir par-là le cristallin. Je pense, au contraire, qu'il ne faut pas attribuer, dans ce cas, la résistance du cristallin à la fermeté du tissu de sa capsule, mais bien à l'adhérence de celle-ci avec les parties voisines, qui fait qu'elle cède avec le cristallin à la pression, sans se rompre, et qu'elle reprend sa place dès qu'on cesse de la comprimer. Ainsi, au lieu d'inciser ^{pour} la capsule, il faut la détacher des parties auxquelles elle est adhérente.

Il me reste maintenant à décrire la méthode qu'on peut employer pour extraire avec la plus grande facilité et sûreté la capsule avec le cristallin. Peut-être dirait-on, qu'il faut d'abord extraire le cristallin, ensuite saisir sa capsule avec de petites pincettes, et la tirer au dehors : mais on ne pourroit réussir de cette manière qu'avec beaucoup de difficultés ; il n'est pas facile, en effet, de saisir la capsule avec des pincettes, ni de le faire, sans comprimer avec elle des parties qui doivent être respectées. C'est ce qui m'a fait imaginer cette méthode-ci, dont je me suis servi quelquefois avec succès. Après avoir fait une incision à la cornée, j'ai une aiguille ronde, pointue, renfermée dans une petite canule qui peut également se mouvoir

en devant et en arriere, afin qu'on puisse à volonté
 découvrir ou cacher la pointe de l'aiguille ;
 je l'introduis ainsi munie de sa canule, à travers
 la prunelle, jusqu'au milieu du cristallin. après
 cela, j'exerce ~~sur~~ avec l'aiguille, sur le cristallin,
 de légers mouvemens de bas en haut, de haut en bas,
 de droite à gauche, de gauche à droite, jusqu'à ce que
 par ces doux balotemens continués quelque tems
 avec ^{délicatesse} ~~douceur~~, on puisse espérer que la capsule est
 détachée. Alors je retire l'aiguille, je fais une
 douce compression sur l'œil, ce qui suffit souvent
 pour faire sortir le cristallin avec sa capsule.
 S'il ne sort pas, je repete la même manœuvre
 avec la même délicatesse et la même circonspection.



